

平成23年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1472602745	事業の開始年月日	平成17年3月1日
		指定年月日	平成23年3月1日
法人名	医療法人社団 朱泉会		
事業所名	グループホーム オカリナ		
所在地	(〒252-0241) 神奈川県相模原市中央区横山台2-5-1門倉センタービル3階		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		工外数	2工外
自己評価作成日	平成23年10月26日	評価結果 市町村受理日	平成24年3月16日

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

- 日々の生活の中にいつも笑顔があるように、利用者個々の生活歴を大切に、意向に添いながら寄り添うケアを行う事で穏やかな生活が送れるように支援している。
- 高齢に伴い認知症の進行・身体機能が低下していく中で、その人らしい生活を送るにはどうしたら良いのか日々模索しながらケアに努めている。又、重度化している中で、緊急時の対応についても理解し迅速な対応ができる様に職員個々にスキルアップを図っている。
- ICFの視点から利用者を見つめ、潜在能力が引き出せるような支援を行っている。
- ご家族様の意向や希望を面会時等に聞き、連携を密にとる事で、利用者・ご家族様とお互い支え合い信頼関係を構築している。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目10番地 横浜大栄ビル8階		
訪問調査日	平成23年11月25日	評価機関 評価決定日	平成24年3月2日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

<p>【事業所の概要】 この事業所は、JR横浜線相模原駅からバスで5分ほどのビルの3階にある。同じフロアに協力医療機関、1階にはスーパーマーケットがあり、日常生活には大変便利な環境である。4階からはサービス付高齢者向け住宅になっており、入居者と交流している。</p> <p>【基本理念をケアに活かす取り組み】 理念を理解し共有することで、質の高いサービスを提供できるよう取り組んでいる。理念に対する職員の考え、受け止め方を発表し、意見交換をしながら理念の共有を図っている。そのうえで、利用者のアセスメントを行い、日々のケアで実践し、結果を話し合うといった長期的な研修を行っている。この取り組みは、法人内の学術研究発表会で報告され、高い評価を得ている。</p> <p>【家族への情報提供】 利用者の外出時やレクリエーションに参加している様子を撮影し、DVDに収録して家族会で上映している。また、毎月「オカリナ通信」を発行し、利用者それぞれの状況を報告している。お正月には、利用者の写真を入れた年賀状を家族や友人に送っている。これらはすべて時間と手間をかけて職員が作成しており、家族には、訪問時には見ることのできない利用者の表情や日常の生活の様子がわかると大変喜ばれている。</p> <p>【充実した医療】 同じフロアに協力医療機関があり、通院に便利だけでなく、利用者の体調不良時や緊急時には往診を頼むことが可能である。看護師も配置され、日頃の健康管理を行っている。利用者、家族にとって大きな安心であり、職員は、医療面でわからないことをすぐに聞くことができ、特にターミナルケアの際の不安軽減に役立っている。</p>

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム オカリナ
ユニット名	パンジー

アウトカム項目	
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23,24,25)
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18,38)
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36,37)
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30,31)
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9,10,19)
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9,10,19)
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)
66	職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11,12)
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念をホームの見やすい位置に掲示し、日々のサービスで大切な事を意識してミーティングをしている。職員全員が発言しやすい雰囲気作りをしている。	事業所の理念と、各ユニットごとの理念がある。職員それぞれが理念の理解について振り返りを行い、意見交換を通して、理念の共有をしている。日々のサービス提供も、理念を念頭において行っている。	
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	毎月1回、ボランティアによる生き生きサロン・カラオケ大会で地域との交流を図っている。又、自治会・市内のグループホームの夏祭りに参加し交流をしている。	同じ建物の1階にあるスーパーマーケットを日常的に利用し、店員から名前を覚えてもらう利用者があるほど顔なじみになっている。地域の老人会メンバーによる「生き生きサロン」やカラオケのボランティアが来訪している。近隣高校の福祉科の実習に協力している。	目標達成計画に掲げている「安心と希望の街作り」に事業所として参加できることを模索してゆく取り組みを継続されることを期待します。事業所、利用者は「安心と希望の街作り」において、貴重な役割を果たせることと思います。
		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	横山地域包括センター主催のケア会議に出席、又市内の地域密着型施設職員の交流会に参加し、意見交換を行っている。		
4	3	運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回運営推進会議を開催、意見交換を行う事でサービスの質の向上に努めている。	運営推進会議は、2ヶ月ごとに開催している。事業所の活動報告、外部評価結果などを報告し、意見交換をしている。10月の会議では、家族会用に作成したDVDを上映し、利用者の日常の様子を参加者に見てもらっている。会議の議事録を作成し、職員に報告している。	
5	4	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市町村との連携を密に取り、市町村事業を積極的に受け入れている。	市の介護保険課とは、サービスの手続きや相談を通じて連携を密にしている。地域包括支援センター主催の地域ケア会議に参加し、地域の福祉関係者と情報交換をしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束を行わないケアを職員は認識している。認知症の進行により行動障害が悪化したケアの方法は職員間で検討を行い身体拘束のないケアを実践している。居室には鍵はなく、夜間は防犯上玄関に施錠を行っている。	身体拘束にあたる具体的な行為や弊害についての勉強会や研修を行い、身体拘束をしないケアを実践している。外に出てゆく利用者は、場所の認識がうまくできていない場合が多く、声かけや見守りで対応している。時には散歩に出かけ気分転換を図ることもある。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	関連法について学べるよう資料作成、いつでも学べるようにしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告を行っている。		
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援している。現在1名が制度を活用している。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時・更新時に説明を行い、署名・捺印をいただいている。		
10	6	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	電話や面会時に遠慮なく希望・要望を言いやすい環境作りをしている。又苦情窓口をグループホーム玄関に掲示し、苦情が発生した場合は苦情対応手順に従い対応をしている。	家族の面会時には、利用者の様子を話しながら、意見や要望を引き出すよう心がけている。年に1回、家族会を開催している。利用者の外出やレクリエーション参加時の様子などを映したDVDを上映したり、職員紹介やゲームをして、職員や家族同士が親しくなれるようにしている。アンケートを実施し、感想や意見、希望を集めている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。各ユニットのミーティングに参加し情報収集や意見交換を行っている。	管理者は、日頃の会話やミーティング時の職員の様子に注意を払い、要望や意見を聞くようにしている。先ごろから、離職防止や職員のレベルアップを図る目的で個人面談を始めている。職員との率直な話し合いができ、働きやすい職場作りにも有効であるため、システム化してゆく予定である。ミーティングでの議題は、職員が事前に提案できるようになっている。職員から、居間の家具の配置換えの提案が出され、試みているところである。	
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	介護福祉士・ケアマネージャー資格に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識に情報提供・勉強会を行っている。		
13		職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修は本人の希望・管理者からの参加指示を受けながら日常のケアに必要な知識・技術取得の為に参加している。参加後は報告書を提出し回覧・自己学習を行っている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	研修・講習・交流会等の外部の方と交流する機会がある。又参考になるケア方針等を取り入れている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。必要時には電話で気軽に相談できる環境を作っている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係者から情報を頂き、管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設・高齢者住宅等の情報提供を行い本人・家族に選択して頂く。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者と共に作業・活動を行う事により喜びや楽しみを分かち合い、役割分担を担って頂く事によって、生活の活力に繋がられる様に支援している。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族と面会時や電話で情報交換を密に行い、本人・家族の希望、要望を聞き、必要時には話し合いの場を作り一緒に支えている関係を築いている。又、行事参加等積極的に声がけを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	8	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	周囲の人達と関係が途切れない様に電話や手紙の支援を行っている。	馴染みの人や場所は、利用者の生活歴や家族からの聞き取り、利用者との会話などから把握している。職員が利用者の写真を入れた年賀状を作成し、利用者によっては、一筆書き添えてもらい家族、友人に送る支援をしている。利用者の友人に来訪してもらえよう声をかけたり、利用者に手紙や年賀状が届いた時には、返信や電話をかけるよう勧め、つながりを継続できる支援をしている。	
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々の関係を把握し、良好な交流が出来る様に座席の配置を変えたり、個々が助けあえる様に支援を行っている。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	関連機関に退所された方は、その後の様子や面会に行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常的に職員と共有の場を設定して本人の要望を引き出す様に努めている。困難な場合は行動や言動から組み取っている。	希望や意向を言える利用者には決めつけをせずに、常に利用者に問いかけている。何気ない日常会話の中からも、思いや意向が聞きだせるよう努めている。意思疎通が難しい利用者には、行動や表情から推し測っている。職員の気づきや把握できた情報は、職員間で情報を共有できるよう、ケース記録に残している。	
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族から生活歴等の情報を提供して頂き、回想法を用いて個性の把握に努めている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプラン・アセスメントで把握している。様々な観点から本人の状態に合わせ、個別対応を行っている。		
26	10	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人家族の要望を聞き、職員全員でアセスメントを行いICFの視点でケース検討・ケアプランを作成し、3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には、期間途中でもプラン変更を行っている。	入居時は、職員全員でアセスメントを行い、利用者、家族の希望を踏まえながらケアプランを作成している。ケアプランには、目標やケア内容を記載し「できた・できていない」を毎日評価し、ケース記録に記入している。通常は、3ヶ月ごとに見直しを行い、職員が順番制で利用者の状況にあったケアプラン作成に参画している。	
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日ケアプラン評価を行っている。連絡ノート・カンファレンス記録等も活用し情報を共有し必要時にはカンファレンスを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状態変化や本人・家族の希望に応じて支援している。		
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員・地域包括センターの職員が2ヶ月に1度グループホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い、協働している。年1回消防署と合同訓練を実施している。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月1回かかりつけ医を受診している。体調不良時は随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医がグループホームに診察に来ている。	入居時に希望するかかりつけ医を確認している。現在は、全員がビル内の同じフロアにある協力医をかかりつけ医として、月1回の受診をしている。眼科などの専門医への通院は、家族が対応している。受診結果については報告を受け、情報を共有している。歯科検診は、年に2回あり、治療が必要な時には週1回の訪問がある。	
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	看護師の資格を持った者が非常勤職員であり適時グループホームに来て利用者の健康管理を行っている。体調不良時には報告し指示を受けている。通常24時間連絡が取れる体制である。		
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	極力入院しない方向で支援している。入院した場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向け支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	12	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	グループホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族と相談し家族全員の同意の下に本人が一番望ましい環境を支援している。重度化に関しては書面により同意を得ている。必要に応じて病院・介護老人保健施設への支援も行う。	入居時に、重度化した場合の意向について確認し、事業所の対応について説明をしている。入居後も頻繁に話し合いを行い、方針を共有している。協力医、看護師、職員が連携して利用者と家族を支援する体制を整えている。ターミナルケアの研修を行なっている。	
34		急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを作成している。職員の力量に応じて看護師が指導している。緊急時には看護師に24時間体制で報告を行う。		
35	13	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に避難訓練を実施。マニュアルの作成。非常用の食品・備品を準備している。	避難訓練は、消防署の指導のもとで、ビルテナント合同の訓練や、夜間想定訓練も含め、年に4回定期的に行っている。以前から、食料や備品の備蓄はあったが、東日本大震災の際の経験から、懐中電灯などの備品の追加をしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重し、プライドを傷付けない様に認知症の行動障害に対応している。	職員は、利用者の人格を尊重し、利用者が不快に思うような言葉の内容や語調にならないように心がけている。プライバシー保護の研修を行い、管理者が気づいた時はその場で注意をするなど、日常的に確認をしている。職員は、節度を守りながら、親しみのある態度で利用者に接していた。	
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	食べたい物・やりたい事・行きたい場所を日頃からのコミュニケーションから聞き出し、自己決定出来る様に声かけして、作業・活動を行っている。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	食事・外出等の希望や要望を聞き出す様に努め、希望の添える様に支援している。又、時間の概念のない利用者には本人の負担にならない程度に生活リズムを作り支援している。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	自己決定できる方は本人の希望を取り入れ、洋服を選んでもらっている。定期的に訪問理美容を利用している。		

40	15	<p>食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている</p>	<p>食べたいメニューを取り入れたり簡単な家事作業を行っている。又、好き嫌いのある方は個別に対応している。職員も同じ食事を利用者の間に入り一緒に食べている。</p>	<p>調理、盛り付け、後片づけなどは、利用者と職員が一緒に行っている。職員は、自ら参加する利用者には、感謝の意を伝えている。利用者の持っている力や気分を見極めながら、それとなく作業への参加を勧めるなど、利用者に合わせて支援を行い、それぞれの力が発揮できる場面作りをしている。家族からの旬の物の差し入れ、行事食、外食、出前も楽しみとなっている。利用者、職員は談笑しながら同じものを食べている。訪問時、職員は利用者と会話をしながら夕食の献立を決めていた。</p>	
----	----	--	--	---	--

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎日の献立・摂取量は個々に記録し、摂取量や嗜好を把握してバランス良く摂取出来る様にしている。食事・水分形態も個別に対応している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアの重要性を理解して、毎食後に口腔ケアの声かけを行っている。年2回の歯科検診を行っている。		
43	16	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行っている。又、排泄状況に応じた用具を選定している。	排泄チェックシートを使って、排泄パターンを把握し、個々のタイミングに合わせた声かけ、トイレへの誘導をしている。排泄の失敗が減らせそうな利用者には、ケアプランに組み入れ、重点的に取り組んでいる。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取・適度な運動を心がけている。食事も繊維質の多い物を考慮している。		
45	17	入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	極力本人の希望に応じて支援している。	入浴は、基本的には週に2回、午後から夕方となっているが、利用者にもその日の希望を確認し、その時々希望にそった支援をしている。特に夏場は、いつでも入浴できることを伝え、柔軟に対応している。菖蒲湯、柚子湯、入浴剤などで季節感を出し、入浴を楽しめるよう工夫をしている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	夜間良眠出来る様に日中の活動量を確保する。又、個々の健康状態・身体能力に応じて休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
47		服薬支援 一人ひとりを使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服している薬の一覧表を見て、作用・副作用について理解している。内服確認したら処方箋に印鑑を押している。症状変化時には医師に相談し指示を受ける。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の生活歴の中から得意分野のある方は積極的に作業を行ってもらっている。外出等の行事を行い気分転換を図っている。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	季節感を味わえる様に企画を行い外出している。歩行不安定な方も車椅子にて積極的に外出出来る様に支援している。	日常の外出は、1階のスーパーマーケットに出かけている。初詣や花見など季節感を大切に外出している。利用者との会話から希望を把握し、スーパー銭湯や、外食に出かけたこともあり、利用者の希望にそった個別の外出支援をしている。	
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人の能力に応じて買い物時の支払い・レシート・つり銭等の受け取りを行ってもらう。本人が欲しい物がある時には、買い物に付き添い支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	手紙等自由に出せる様支援している。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具の配置・季節の飾り付け等、家庭的な雰囲気が持てる様になっている。	台所は、対面式のアイランドキッチンにテーブルを組み込み、職員が作業をしながら、利用者と話をしたり、見守りやすいようになっている。食事を作る音やにおいが肌で感じられる。玄関やテーブルには、利用者が活けた生花が飾られている。時節に合わせ、クリスマスツリーが置かれ、壁には電飾が施されていた。	
53		共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	談話コーナーや共用部分を自由に使える。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使い慣れた家具・小物を持ち込んでいる。在宅からの持ち込みの際には衛生面にも注意して疥癬等の感染症に注意して消毒している。長期間着用していない衣類は洗濯して熱処理をしてから使用している。	居室は、広々として清潔である。以前から使い慣れたタンスや、好みの椅子やベットなどを持ち込み、居心地良く過ごせるようにしている。東日本大震災の発生以後、安全面に配慮し、タンスの上などに、細々したものを置かないようにしている。	
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	移動スペースには手すりを設置し移動の妨げにならない様に環境整備を行っている。個々の能力に配慮して、目印・トイレ・浴室は表示し居室には表札を付けている。		

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1472602745	事業の開始年月日	平成17年3月1日
		指定年月日	平成23年3月1日
法人名	医療法人社団 朱泉会		
事業所名	グループホーム オカリナ		
所在地	(〒252-0241) 神奈川県相模原市中央区横山台2-5-1門倉センタービル3階		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		工外数	2工外
自己評価作成日	平成23年10月26日	評価結果 市町村受理日	平成23年 月 日

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

日々の生活の中にいつも笑顔があるように、利用者個々の生活歴を大切に、意向に添いながら寄り添うケアを行う事で穏やかな生活が送れるように支援している。

高齢に伴い認知症の進行・身体機能が低下していく中で、その人らしい生活を送るにはどうしたら良いのか日々模索しながらケアに努めている。又、重度化している中で、緊急時の対応についても理解し迅速な対応ができる様に職員個々にスキルアップを図っている。

ICFの視点から利用者を見つめ、潜在能力を引き出せるような支援を行っている。

ご家族様の意向や希望を面会時等に聞き、連携を密にとる事で、利用者・ご家族様とお互い支え合い信頼関係を構築している。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名			
所在地			
訪問調査日		評価機関 評価決定日	

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	オカリナ
ユニット名	マハロ

アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23,24,25)		1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18,38)		1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36,37)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30,31)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9,10,19)		1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9,10,19)		1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11,12)		1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念はスタッフ室及びユニット玄関に掲示し、会議や3ヶ月ごとに行うカンファレンスで理念の実践に向けて話し合い、利用者個々の思いやペースに合わせた生活の支援に努めている。		
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の社会福祉協議会「いきいきサロン」やカラオケボランティアの実施により地域の方々との交流を図っている。又日々の買い物等でスーパーの従業員さんと顔馴染みになり、声をかけ合える仲になっている。		
3		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	横山地域包括センター主催のケア会議に出席、又相模原地区の地域密着型施設職員の交流会に参加し、意見交換を行っている。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議年間計画を立案し、実施後は議事録を作成し職員に報告をしている。		
5	4	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	横山地域包括センターと情報交換を行うと共に行き来している。必要時に相模原市介護保険課にサービスについて確認を行う。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職員は身体拘束に関する勉強会を行っている。認知症進行により行動障害が悪化した場合のケア方法は職員でケアの工夫を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在拘束は行っていない		
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	関連法について学べる様に資料を作成し、いつでも学べる様にしている。利用者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告している。		
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強会を行い制度理解を図っている。必要な方には支援を行っている。現在2名の方が制度を活用している。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居及び更新時に説明を行い署名・捺印を頂いている。		
10	6	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時、希望や要望を伺いながら確認を行っている。又契約書・ホーム玄関に苦情窓口を掲示し、苦情が発生した場合は苦情対応手順に従い対応を行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。日報・勉強会・ミーティング議事録などからも情報収集を行っている。		
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	介護福祉士・ケアマネージャー資格取得に向けたアドバイスをを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識の情報提供・勉強会を行っている。		
13		職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修参加。参加者は報告書を提出し、回覧して自己学習を行うと共にミーティング時にも報告し職員全員で学べる様にしている。ケアプラン立案に関しては、個々の職員の能力に応じて育成する。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	研修・講習などで外部の方々と交流する機会があり、参考になるケア方針を取り入れている。 又ケアの向上につなげる為、法人の学術研究発表会に参加した。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居相談時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録する。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居相談時に聴取している。不安な事等柔軟に対応出来る様にしている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係機関から情報提供をしていただき管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設等の情報提供をしていく。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の意向を認識し共に活動を行う。役割分担を担って頂く事により、生活の活力を引き出し、役割を果たして頂いた時には感謝の言葉を掛けている。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時や行事の時に来設された時には情報交換を密に行い、必要に応じて職員が本人・家族の間に入り関係構築を行っている。又行事参加など積極的に声がけを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	8	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	友人の面会や手紙・電話などが出来る様に支援している。		
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々の関係を把握して食席などを決めている。又個々が助けあえる様に支援している。又自由に交流できる様、利用者同士が居室訪問できる様見守りしている。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他施設とも情報交換を行い、家族とも相談し本人にとって混乱の少ない状況を想定してスタッフが統一したケアサービスを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入浴・食事・外出等希望を聞いている。又本人の希望や要望を聞き出す様に努めている。		
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族からヒアリングしている。サマリーなどから情報提供を受け把握し、又回想法等を用い個性の把握に努めている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプラン・アセスメントで把握している。又本人の状況に合わせて個別対応をしている。		
26	10	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	スタッフ全員でアセスメントを行い、本人・家族のニーズを元ICFの視点でケース検討・ケアプランの作成をし3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には機関中でもプラン変更を行う。		
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録に様子・ケアプラン評価を記入している。連絡ノートも活用、情報を共有し記録は次回プラン作成時に活用している。又会議勉強会及び利用者のカンファレンスを行いプラン作成時に活用している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状態の変化や本人・家族の希望に応じて、介護老人保健施設等の支援を行っている。		
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員・横山地域包括センター職員が2か月に1回ホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。 年1回消防署と合同で訓練を実施。		
30	11	かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月1回かかりつけ医を受信している。体調不良時随時受信している。本人が動けない場合はかかりつけ医が往診に来ている。		
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	非常勤看護師が健康管理を行うと共に、急な体調変化は24時間体制で報告を行っている。		
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	極力入院しない方向で支援している。入院をした場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向けて支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>ホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族とも相談の上で本人が一番望ましい生活環境の支援を行っている。重度化に関しては書面より同意を得ている。必要に応じて病院・老健への支援も行う。</p>		
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている</p>	<p>マニュアルを作成している。スタッフの力量に応じて看護師が指導を行っている。緊急時は看護師が24時間体制で報告を行っている。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている</p>	<p>定期的に避難訓練を行っている。マニュアルを作成している。非常用の食品・備品を準備している。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重しプライドを傷つけない様に認知症の行動障害に対応している。個人情報に鍵のかかる棚に保管し、個人情報で不要となった書類等はシュレッダーにかけ破棄している。		
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	食べたい物・やりたい事・行きたい所等、日常生活の中で聞き出し、自己決定出来る様に声かけし作業・活動の場を作っている。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人の希望や要望を聞き出す様に努めている。時間の概念のない利用者には本人の負担にならない程度に生活のリズムを作り支援している。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望を取り入れ自分の洋服は選んでもらう。定期的に訪問理美容を利用している。希望によりヘアカラーをしてもらう利用者もいる。		
40	15	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に食事の準備や片づけを行っている。好き嫌いのある方は個別の対応をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎食食事チェック表にて摂取量の確認を行う。摂取量が不足している場合は捕食を行う。補助食品を利用したり、個々の嗜好を取り入れながら健康状態に応じた対応を行っている。食事・水分形態も個別に対応している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアの重要性を理解して毎食後、義歯の管理・口腔ケアを行っている。自分で行えない方はスタッフが管理し行い、個々にあった用具で支援している。年2回の歯科検診を行っている		
43	16	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄表から個人の排泄パターンを把握して誘導えお行う。又、排泄状況に応じた用具を選定している。排泄機能向上に当たり方は、ケアプランに重点的に取り組んでいる。		
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取に心がけ、不足がちな方は水分チェックし必要量が摂取できる様に支援している。体操などの運動量を確保している。毎食の牛乳と繊維質の多い物を考慮している。		
45	17	入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	極力本人の希望に応じて支援している。在宅で夕方入浴していた方は、夕食前後に希望に合わせて支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	夜間安眠できる様に、日中の活動量を確保し、個々の健康状態に応じて、日中の休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬と処方箋を確認して内服をした所まで確認を行う。完了したらチェック表・処方箋にサインをする。利用者の内服している薬の一覧表をカーデックスにファイルし常に作用・服作用について理解する。症状変化時は医師に相談し指示を受ける。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	調理手伝い・洗濯物干し・たたみなど日課として役割を担ってもらっている。散歩や買い物など外出し気分転換を図っている。飲酒も可能だが現在嗜む方はいない。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	希望に応じて近隣散歩や買い物に出かけている。車椅子の方も積極的に散歩に出かける様支援している。家族の協力を得て温泉や墓参り、個別又はグループでの外食・花見や初詣など支援している。		
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個人金庫に保管・出頭帳に記し、入金時家族に確認して頂きサインしてもらっている。能力に応じ買い物時の支払い・お釣りやレシートの受け取りなど行ってもらう。本人の欲しい物がある時に付き添いし自分で買い物したと満足感が得られる様支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	能力に応じて家族の了解の下、居室に電話を設置している。設置していない方がかけたいと希望された場合は職員が支援している。又ホームから家族に連絡する際、利用者にも電話口に出ていただき、話す機会を支援している。手紙も本人が返事を出せる様に支援している。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	生活空間の飾りつけは、利用者・スタッフの手作りの作品を飾ったり、季節に合わせ工夫している。又消臭にも気を配っている。		
53		共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	談話コーナーや共用部分を自由に使用できる。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具は自宅で使い慣れたものを持ち込んで頂き希望者には仏壇の持ち込みも許可している。又安全に暮らせる様、本人・家族と相談し配置している。道具の持ち込みの際には、衛生面にも十分注意している。		
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	移動スペースには手すりを設置し流し台・洗面台は高齢者に合わせた高さにしてある。トイレ・浴室には表示をし、個々の居室には表札を掛けている。トイレ・居室までの案内矢印などの工夫も行っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 クルーゾーホーム オカリナ

作成日 H24年3月13日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1		地域との交流を図る	地域の一員としてさらに交流を深める	安心と希望の街作りにはオカリナとして参加できる事を模索していく	1年
2					
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。